طراحی الگوی ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ایران

شریف ترکمن نژاد[1]، امیراشکان نصیری پور[1*]

۱. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۹/۱۰
سال پانزدهم شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۳۹۵ صص ۴۹۴-۴۸۱
[انتشار الکترونیک پیش از انتشار- ۱۷ مرداد ۹۵]

چکیده

بررسی‌های متعدد نشان دهنده نابرابری و بی عدالتی در سلامت در داخل و بین کشورها است. در ایران نیز این نابرابری ها با تفاوت امید به زندگی در بدو تولد، مرگ و میر کودکان و مادران، دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت، آموزش و سواد، درآمد خانوار و مسکن، خود را نمایان ساخته است. تلاش برای سیاست‌گذاری بهداشتی به گونه‌ای که باعث کاهش نابرابری‌ها شود موجب شده که «تعیین کننده های اجتماعی سلامت» و «مراقبت‌های اولّیه بهداشتی» به عنوان دو پارادایم بهداشتی که عدالت در سلامت را در اولویت قرار می‌دهند در مرکز توجه قرار گیرند. هدف از انجام این پژوهش طراحی الگوی ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه بود. با پیاده سازی این الگو میتوان به کاهش نابرابری ها و توسعه عدالت در سلامت یاری رساند. در این مطالعه تعیین کننده های اجتماعی سلامت در کشور های منتخب، در سطوح سیاست ها، ساختار و نحوه ادغام در نظام سلامت مقایسه شدند. نهایتاً با استفاده از یافته های مطالعه تطبیقی و بر اساس پتانسیل نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ایران، الگویی برای ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های اولیه پیشنهاد گردید. مطالعه تطبیقی نشان داد که تجربه موفق ادغام تعیین کننده های اجتماعی در نظام سلامت نیاز به سیاست گذاری در سطح ملی و سازو کار مناسب دارد. این سازوکار شامل سیاست ها، نظام جامع مراقبت های بهداشتی،سیستم رفاهی و راهبردی و شاخص های ارزیابی است. با بهره گیری از الگوی پیشنهادی، نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ای قابل طراحی است که تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سطوح ملی، میانی و خرد در آن ادغام یافته باشند و بر همین اساس بتوان شاخص های عدالت در سلامت را بهبود بخشید.

کلیدواژه: تعیین کننده های اجتماعی سلامت، عدالت در سلامت، مراقبت های بهداشتی اولیه، نظام جامع مراقبت های بهداشتی اولیه، خدمات ادغام یافته

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
تلفن: ۶۶۷۰۵۰۳۹
E-mail: nasiripour@srbiau.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

مقدمه

دغدغه نابرابری در حوزه سلامت دغدغه جدیدی نیست اما در دو دهه گذشته بررسی‌های متعددی برای اندازه‌گیری و مستند سازی این نابرابری صورت گرفته است که نشان می‌دهند به رغم بهبود کلّی شاخص‌های سلامت، شکاف نابرابری سلامت در حال گسترش است[۱]. طبق تعریف سازمان سلامت جهان نابرابری در سلامت عبارت است از تفاوت در وضعیت سلامت یا توزیع تعیین کننده های اجتماعی آن در گروه های مختلف اجتماعی و زمانی که این نابرابری ها قابل اجتناب و غیرعادلانه باشد بی عدالتی نامیده می شود[۲] و تعریف عملیاتی آن توسط بریومن و گروسکین اینگونه بیان شده است: عدالت در سلامت عبارت است از نبود نابرابری نظامند در سلامت (یا در تعیین کننده های اجتماعی اصلی سلامت) بین گروه های مختلف اجتماعی که از نظر ثروت، قدرت و موقعیت با هم تفاوت دارند[۳]. بی عدالتی بین جمعیت ها نتیجه تعاملات پیچیده بین عوامل زیست شناختی، سبک زندگی، محیط و عوامل اقتصادی اجتماعی است که به تعیین کننده های اجتماعی سلامت معروف هستند[۴]. تلاش برای سیاست‌گزاری بهداشتی به گونه‌ای که باعث کاهش نابرابری‌ها شود موجب شده است که "تعیین کننده های اجتماعی سلامت" و "مراقبت‌های اوّلیه بهداشتی" به عنوان دو پارادایم بهداشتی که عدالت در سلامت را در اولویت قرار می‌دهند، در مرکز توجه قرار گیرند. تجلّی این تلاش‌ها نیز اسناد سازمان سلامت جهان درباره دو پارادایم فوق است[۵].

مراقبت های بهداشتی اولیه و تعیین کننده های اجتماعی سلامت نقاط مشترکی دارند که زمینه های ادغام این دو حوزه را فراهم می کنند. این نقاط مشترک عبارتند از: تمرکز اصلی بر عدالت در سلامت، ارتباط با همهٔ کشورها و زمینه ها صرفنظر از سطح درآمد آنها، نقش کلیدی بخش سلامت،ارتقای اقدامات چند بخشی و در نظر گرفتن سلامت در همه سیاست ها، تأکید بر توانمند سازی جوامع و محیط اجتماعی[۵]

با وجود اشتراکات میان این دو، در مقام مقایسه ناسازگاری هایی رخ می نماید که از آن جمله بی اعتمادی طرفداران تعیین کننده های اجتماعی سلامت به عزم طرفداران مراقبت های بهداشتی اولیه برای محدود نماندن به حوزه سلامت و تردید ایشان در توان مجریان مراقبت های بهداشتی اولیه جهت اقدام در سطحی کلان است. از آن سو هواداران مراقبت های بهداشتی اولیه در دام این نگرانی اند که با در نظر گرفتن تعیین کننده های اجتماعی سلامت دامنه مسئولیت های نظام سلامت آن قدر گسترش یابد که آن را از وظایف اولیه و اصلی خود بازدارد. چون این دغدغه ها ریشه در تفاوت ماهوی تعیین کننده های اجتماعی سلامت و مراقبت های بهداشتی اولیه دارند. مراقبت های بهداشتی اولیه برآمده از نظام سلامت است و تلاش می کند با به کار گرفتن دیگر بخش ها از نابرابری در حوزه سلامت بکاهد در حالی که برای تعیین کننده های اجتماعی سلامت، نظام سلامت تنها یک تعیین کننده اجتماعی دیگر است که اولوّیتی هم نسبت به دیگر شاخص ها ندارد. به رغم چنین اختلاف منظری، روشن است که هم تعیین کننده های اجتماعی سلامت و هم مراقبت های بهداشتی اولیه در کاهش بی عدالتی در حوزه سلامت کارایی دارند[۵]. در جدول ۱ مبانی و اقدامات مرتبط با « مراقبت های بهداشتی اولیه» و « تعیین کننده های اجتماعی سلامت » با هم مقایسه شده اند.

محققان در این مطالعه بنا داشتند که با استفاده از توانمندی های نظام مراقبت های بهداشتی اولیه و نقاط مشترک بین این دو پارادایم، الگویی را برای ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت در این نظام ارائه کنند.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه تطبیقی بوده، و در دو مرحله انجام شده است. در مرحله اول، ابتدا مبانی نظری و پیامدهای عملی دو رویکرد مراقبت های بهداشتی اولیه و مولفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت استخراج شده با هم مورد مقایسه قرار گرفتند، پس از مشاهده وجوه مشترک بین این دو پتانسیل های هم افزایی استخراج شده نتایج در جدول (۲) خلاصه شد.ابتدا هر دو مفهوم با توجه به منابع اصلی آن بخوبی تبیین شده، سپس با استفاده از عبارت های زیر راهبرد جستجو تدوین شده و در سایت های مرتبط جستجو صورت گرفته است.محدود کننده ها زبان انگلیسی و ساختار پی دی اف بوده است.

عبارت های جستجو در بخش مروری اول "Primary Healthcare"+"conceptual Framework" OR Concept

و در بخش دوم از عبارت

"social Integration +"primary Healthcare"+" Determinants of Heath " در سایت های Google Scholar، Pubmed، WHO، و پایگاه اینترنتی وزارت بهداشت کشورهای مورد مطالعه استفاده شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

در مرحله بعد برای استفاده از تجربه کشورهایی که در مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت و نیز نظام مراقبت های بهداشتی اولیه موفق بوده اند، از روش مطالعه تطبیقی استفاده شد و در مرحله دوم، با استفاده از نتایج حاصل از مطالعه تطبیقی، الگوی ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ایران ارائه گردید.

جهت انجام مطالعه تطبیقی، ابتدا کشورهای مورد نظر انتخاب شده و بر اساس معیارهای استخراج شده حاصل از مرور منابع، با هم مقایسه شدند. به منظور بالا بردن میزان اعتبار مطالعه برای انتخاب کشورها، از پنج معیار استفاده شد که در اینجا هر کدام از معیارها توضیح داده می شوند:

۱- شاخص توسعه انسانی تعدیل شده با نابرابری (Inequality Adjusted Human Development Index):

در این شاخص چهار سنجه امید به زندگی در بدو تولد، متوسط سالهای تحصیل در مدرسه، سالهای مورد انتظار تحصیل در مدرسه، درآمد سرانه ناخالص داخلی و توزیع عادلانه آن وجود دارد که خود می تواند معرف خوبی برای مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت در یک جامعه باشد. چهار سنجه تشکیل دهنده این شاخص، در ایران جزو سنجه های عدالت در سلامت هستند. در این مطالعه کشورهایی که رتبه های بالایی از این شاخص را در سالهای اخیر کسب کرده اند انتخاب شدند. این کشورها شامل نروژ، سوئد، استرالیا، کانادا و انگلستان هستند.(این شاخص از سال ۲۰۱۰ در محاسبه توسعه انسانی کشورها مورد استفاده قرار گرفته است[۱۱، ۱۰].

۲-کشورهایی که در سالهای اخیر بر اساس گزارش سالیانه توسعه انسانی، شاخص توسعه انسانی (Human Development Index) رو به پیشرفتی داشته اند. این کشورها شامل شیلی، کوبا، برزیل، سریلانکا هستند[۱۳، ۱۲].

۳-کشورهایی که نظام مراقبت های بهداشتی اولیه موفقی داشته اند مانند نروژ، سوئد، استرالیا، کانادا و انگلستان و شیلی، کوبا، برزیل [۲۱-۱۴].

۴- وجود برنامه یا اولویت تعیین کننده های اجتماعی در بالاترین رده های حاکمیت (همه کشورهای فوق و کشور آفریقایی موزامبیک با استفاده از این معیار انتخاب شدند[۸].

۵- انتخاب ده کشور از هر پنج قاره

با استفاده از نظر خبرگان چهار معیار اصلی و ۹ زیر معیار انتخاب شده، در بین ۱۰ کشور منتخب و کشور ایران مورد مقایسه گرفتند. معیارهای اصلی و زیر معیارها به ترتیب زیر هستند:

معیار الف: میزان نقش تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سیاستگذاری ها ـ زیر معیارها: وجود سیاست جامع در جهت مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت و رفع بی عدالتی در سلامت، آگاهی از وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت و بی عدالتی در سلامت، ارزیابی پیامد ها برای اندازه گیری تأثیر سیاست ها بر بی عدالتی در سلامت، زیر معیار قرار دادن اهداف عدالت در سلامت در برنامه های اجتماعی و اقتصادی

معیار ب : نوع ارتباط تعیین کننده های اجتماعی مؤثر بر سلامت در نظام سلامت ـ زیر معیارها: اولویت تعیین کننده های اجتماعی سلامت در برنامه های ملی، وجود برنامه راهبردی تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت در سطح ملی

معیار ج : نحوه سیاستگذاری همکاری های بین بخشی ـ زیر معیارها: وجود سیاست مشخص و تدوین شده برای همکاری های بین بخشی، وجود ساختارهای لازم برای حمایت از سیاست همکاری های بین بخشی

معیار د: ارتباط بین تعیین کننده های اجتماعی سلامت با نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ـ زیر معیارها: ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه(از منظر نوع و سطح ادغام)، در نهایت با جمع بندی برنامه های موفق در کشورهای مورد بررسی، الگوی نظری و عملی ادغام تعیین کننده های اجتماعی مؤثر بر سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه طراحی گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر از جمله یافته های مهم مقایسه مبانی و اقدامات مرتبط با « مراقبت های بهداشتی اولیه» و « تعیین کننده های اجتماعی سلامت » و پتانسیل هم افزایی این دو مفهوم بود.در جدول شماره ۱ میتوان تشابه و ظرفیت های هم افزایی در این دو حوزه را بخوبی درک کرد. همانطور که پیشتر گفته شد، در این پژوهش ده کشور از پنج قاره جهان که بر حسب شاخص توسعه انسانی منطبق بر نابرابری انتخاب شده و در سیاستگذاری، برنامه ریزی و مدیریت تعیین کننده های اجتماعی توفیق داشته اند، انتخاب و برنامه های موفق آنها بررسی و ارزیابی شد. جداول۲ تا ۶، به بررسی معیارها و زیر معیارهای پیشگفت در بین ده کشور و ایران

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

می پردازد. همانطور که جدول ۲ نشان می دهد مجموعاً وضعیت معیار الف در کشورهای نروژ، انگلستان، سوئد، استرالیا، کانادا، شیلی و کوبا کامل است؛ یعنی تعیین کننده های اجتماعی سلامت در بالاترین سطوح حاکمیت قرار داشته و در سیاستگذاری ها به آن توجه کافی شده است. این در حالیست که در کشورهای سریلانکا، برزیل، موزامبیک و ایران این موضوع بطور ناکامل صورت پذیرفته است. نتیجه کاربردی از این جدول شامل موارد زیر است: قرار دادن تعیین کننده های اجتماعی سلامت در اولویت برنامه های ملی، قرار دادن شاخص های عدالت در سلامت در صدر برنامه ها و سیاست های ملی، آگاه سازی عمومی در مورد تعیین کننده های اجتماعی مؤثر بر سلامت،وجود سیاست جامع در جهت مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت و رفع بی عدالتی در سلامت، ارزیابی پیامد ها برای اندازه گیری تأثیر سیاست ها بر بی عدالتی در سلامت،ایجاد نظام پایش و ارزشیابی پیاده سازی اهداف عدالت در سلامت.

بررسی وضعیت معیار و زیر معیارهای ب نیز حکایت از آن دارد که تعیین کننده های اجتماعی سلامت بجز ایران در ده کشور منتخب در اولویت برنامه های ملی قرار دارند. در کشورهای نروژ، انگلستان، سوئد، استرالیا، کانادا، شیلی، کوبا، برای مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت، برنامه راهبردی وجود دارد ولی در کشورهای کوبا، سریلانکا، برزیل، موزامبیک بجای برنامه راهبردی، برنامه عملیاتی وجود دارد. در ایران برنامه راهبردی تدوین شده ولی برنامه عملیاتی برای پیاده سازی آن تدوین نشده است(جدول۳). نتایج زیر از این جدول قابل استخراج است: قرار دادن تعیین کننده های اجتماعی سلامت در اولویت برنامه های ملی،وجود برنامه راهبردی و عملیاتی در سطح ملی.

بررسی مقایسه ای زیر معیارهای معیار سوم(ج) نیز نشان می دهد که در کشورهای نروژ، سوئد، استرالیا و کانادا سیاست مشخصی برای همکاری های بین بخشی وجود دارد و در سایر کشورها از جمله ایران، چنین سیاستی موجود نیست. همچنین در کشور های نروژ، انگلستان، سوئد،استرالیا، کانادا، شیلی و کوبا و برزیل ساختارهای لازم برای حمایت از همکاری های بین بخشی را دارند ولی در سایر کشورها، ساختارها از استحکام کافی برای هماهنگ کردن سازمان های مختلف برخوردار نیستند(جدول۴). نتیجه اینکه کشورهای نروژ سوئد، استرالیا و کانادا بین کشورهای منتخب بهترین عملکرد را در نحوه سیاستگذاری همکاری بین بخشی دارا بوده، سایر کشورها در این زمینه موفقیت های نسبی داشته اند. نتایج زیر از این جدول قابل استخراج است: مشارکت اجتماعی و توانمند سازی مردم، ظرفیت سازی و ارتقای سیاست جلب حمایت و هماهنگی و اقدامات بین بخشی برای ارتقای تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، ایجاد ساختار های لازم در نظام رفاه یا نظام سلامت برای بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت، استفاده از راهبرد سلامت در همه سیاست ها و سلامت همه جانبه در مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت.

مقایسه تطبیقی معیار «د» در بین کشورهای مورد بررسی از منظر نوع ادغام و سطح ادغام در جدول ۵ و ۶ آورده شده است. خلاصه وضعیت ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت را در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه نشان می دهد. کشور نروژ این ادغام را از طریق ادغام سیستمی، عمودی، هنجاری و کارکردی انجام داده اند. کشور انگلستان بجز ادغام سیستمی از سایر انواع ادغام استفاده کرده است. در استرالیا از انواع ادغام بدون ادغام عمودی استفاده شده است. در کشور کانادا از همه انواع ادغام بهره گرفته شده است. در شیلی از ادغام سیستمی و عمودی استفاده نشده است. در کوبا بجز ادغام افقی از بقی‌ه انواع ادغام استفاده شده است.در برزیل فقط از ادغام عمودی بخوبی استفاده شده است.در سریلانکا، موزامبیک و ایران از ادغام افقی و عمودی بهره برداری شده است (جدول ۵). همچنین به لحاظ سطح ادغام، در کشورهای نروژ ، انگلستان، سوئد، استرالیا، کانادا و شیلی ادغام در سطوح کلان، میانی و خرد انجام شده است.در کشور کوبا، سریلانکا و برزیل ادغام در دو سطح کلان و خرد اتفاق افتاده ولی در سطح میانی ادغام بخوبی صورت نگرفته است.در کشور موزامبیک ادغام در سطح کلان صورت گرفته و در ایران هیچیک از انواع ادغام انجام نشده است(جدول ۶).

نتایج بدست آمده از این جدول عبارتند از: ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در سطوح کلان، میانی و خرد با استفاده از انواع ادغام هنجاری و کارکردی(سیستمی، سازمانی/ عمودی، سازمانی، افقی و حرفه ای.

بطور کلی برنامه های موفق در این کشورها را می توان در موارد ذیل جمع بندی نمود: قرار دادن تعیین کننده های اجتماعی سلامت در اولویت برنامه های ملی، قرار دادن شاخص های عدالت در سلامت در صدر برنامه ها و سیاست های ملی، وجود سیاست جامع در جهت مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت و رفع بی عدالتی در سلامت، مشارکت اجتماعی و توانمند سازی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

مردم، ظرفیت سازی و ارتقای سیاست جلب حمایت و هماهنگی و اقدامات بین بخشی برای ارتقای تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، آگاه سازی عمومی در مورد تعیین کننده های اجتماعی مؤثر بر سلامت، ایجاد ساختار های لازم در نظام رفاه یا نظام سلامت برای بهبود وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت، ایجاد نظام پایش و ارزشیابی پیاده سازی اهداف، ارزیابی پیامد ها برای اندازه گیری تأثیر سیاست ها بر بی عدالتی در سلامت، استفاده از استراتژی سلامت در همه سیاست ها و سلامت همه جانبه در مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت، ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در سطوح کلان، میانی و خرد با استفاده از انواع ادغام هنجاری و کارکردی(سیستمی، سازمانی/ عمودی، سازمانی، افقی و حرفه ای).

از موفقیت های کشورهای منتخب در طراحی الگو استفاده شد. در نهایت با استفاده از یافته های مطالعه تطبیقی، مرور متون و تجربه کشورهای موفق، الگویی در دو بخش طراحی شد. بخش اول الگوی نظری ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه (نمودار ۱) و در بخش دوم الگوی پیاده سازی ادغام حیطه های تعیین کننده اجتماعی سلامت (جدول ۷) تدوین شد.

الگوی پیشنهادی: از مطالعه تطبیقی فوق و با استفاده از منابع موجود [۲] الگویی برای ایجاد یکپارچگی بین تعیین کننده های اجتماعی سلامت و مراقبت های بهداشتی اولیه استنتاج می شود که شامل بخش های زیر است:

بخش اول: متشکل از ابعاد اصلی جهت گیری ها و سیاست ها، که مشارکت اجتماعی و توانمند سازی، اقدامات بین بخشی و راهبرد های با زمینه های اختصاصی برای مدیریت تعیین کننده های ساختاری و واسطه ای سلامت را در بر میگیرد.در صورت استفاده از این ظرفیت ها با پیگیری سیاست هایی در راستای رفع تبعیض و نابرابری بر علیه قشربندی های اجتماعی، مواجهه نابرابر با عوامل خطر تهدید کننده سلامت، و در نظر گرفتن اقشار آسیب پذیر، زمینه حرکت به سوی برقراری عدالت در سلامت مهیا میشود؛

بخش دوم: مشروط بر آنکه تعیین کننده های اجتماعی و شاخص های عدالت در سلامت در صدر سیاست های حاکمیت قرار داده شده، شاخص های عدالت در سلامت به شکل نظام مند پایش شوند، میتوان به سوی تحقق عدالت در سلامت حرکت کرد.

بخش سوم: با تأثیر راهبرد های اختصاصی برای مدیریت تعیین کننده های ساختاری و واسطه ای سلامت بر سطوح مراقبت های بهداشتی اولیه و با ایجاد یکپارچگی (ادغام) در سطوح کلان، میانی و خرد، با استفاده از انواع ادغام هنجاری و کارکردی و زیر شاخه های آن (سیستمی، سازمانی)، زمینه ایجاد یکپارچگی و ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت در قالب خدمات جامعه محور، خانواده محور و شخص محور را فراهم میشود.که خود باعث بهبود شاخص های عدالت در سلامت می شود.

برای تشریح الگوی پیاده سازی ادغام حیطه های تعیین کننده اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی ابتدا بایستی در مورد انواع ادغام و پیوستار ادغام توضیح داده شود:

بطور کلی ادغام به دو دسته کلی هنجاری و کارکردی تقسیم می شود: ادغام هنجاری: عبارت است از انسجام بین ارزش های سیستم، روشهای ارائه خدمت و سیستم ارائه خدمات (معمولاً در ادغام بین سازمان ها کاربرد دارد). این نوع از ادغام چهار شکل سیستمی،سازمانی، حرفه ای، کلینیکی دارد که در این الگو فقط از نوع سیستمی و سازمانی آن بهره برداری شده است.

ادغام کارکردی: عبارت است از هماهنگی بین مدیریت مالی، مدیریت منابع انسانی، مدیریت اطلاعات و ارتقای کیفیت (معمولاً در ادغام بخش های مختلف در درون سازمان ها کاربرد دارد) این نوع از ادغام چهار شکل سیستمی،سازمانی، حرفه ای، کلینیکی دارد که در این الگو از نوع سیستمی و سازمانی آن بهره برداری شده است.

انواع ادغام به شرح زیر هستند: ادغام هنجاری: به گسترش رسالت و ارزشهای کاری مشترک در یک سیستم اشاره دارد.، ادغام کارکردی: به گسترش هماهنگی در فعالیت ها و وظایف پشتیبانی (اداری، مالی) اشاره دارد.، ادغام افقی: به راهبردهایی مربوط است که سطوح مشابه مراقبت را به هم مرتبط میکند.،ادغام عمودی: به کارکرد هایی مربوط است که سطوح غیر مشابه مراقبت را به هم مرتبط میکند.، ادغام سیستمی: به همراستایی قوانین و سیاست ها اشاره دارد.،ادغام سازمانی: به گسترش هماهنگی ارائه خدمات بین سازمان های مختلف اشاره دارد.،ادغام حرفه ای: به گسترش هماهنگی ارائه خدمات بین رشته های مختلف در یک سرویس ارائه خدمت اشاره دارد.، ادغام کلینیکی: به گسترش هماهنگی در درون سرویس ارائه خدمات اشاره دارد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

پیوستار ادغام: ادغام یا یکپارچگی طیفی است که یک سر آن انتزاع کامل و سر دیگر آن ادغام یا یکپارچگی کامل است(نمودار ۲) [۲۲].

نمودار ۲- پیوستار ادغام



برای پیاده سازی این الگو، سه سطح کلان (ملی)، میانی (استانی و شهرستانی) و خرد(سرویس های ارائه خدمات) در نظر گرفته شده است(جدول۷). سیاست های انتخابی شامل دو سیاست توسعه سیاست های سلامت عمومی و پوشش فراگیر خدمات جامع سلامت است.

راهبرد های انتخابی رهبری بین بخشی و حمایت طلبی، هماهنگی بین بخشی، ارتقای کیفیت خدمات و جامعیت خدمات خانواده محور و شخص محور هستند.در هر سطح به تناسب وظایف تعیین شده اقداماتی انجام خواهد شد.در سطح کلان ادغام در پیوستار ادغام، ارتباط و هماهنگی؛ در سطح میانی، هماهنگی و همکاری، و در سطح خرد همکاری و ادغام کامل در نظر گرفته شده است.در سطح کلان و میانی از ادغام هنجاری/سیستمی/سازمانی و عمودی، در سطح خرد از ادغام هنجاری /سازمانی/ حرفه ای/عمودی و کارکردی/سیستمی/ سازمانی/افقی استفاده شده است. محوریت خدمات در سطوح کلان و میانی جامعه و در سطح خرد خانواده و شخص خواهد بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

جدول ۱: مقایسه مبانی و اقدامات مرتبط با « مراقبت های بهداشتی اولیه» و « تعیین کننده های اجتماعی سلامت »

حوزه	مراقبت های بهداشتی اولیه	تعیین کننده های اجتماعی سلامت	پتانسیل هم افزایی
دیدگاه ها و مستندات اصلی سازمان سلامت جهان	در بیانیۀ آلما آتا اعلام گردید که در دهه های آینده هدف اجتماعی و اصلی دولت‌ها و **سازمان سلامت جهان** باید دستیابی همه مردم جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامتی (سلامتی جسمی، روانی و اجتماعی) باشد که امکان برخورداری از یک زندگی مؤثر ومولد را برای آنان فراهم آورد.[۶] روش های دستیابی به مراقبت های بهداشتی اولیه در آلماآتا ۱۹۷۸[۶] گزارش جهانی سلامت ۲۰۰۸ با عنوان «مراقبت های بهداشتی اولیه، اکنون بیش از هر زمان دیگر»[۷]	گزارش نهایی کمیسیون تعیین کننده های اجتماعی سلامت با عنوان« بستن شکاف در یک نسل: عدالت در سلامت از طریق تعیین کننده های اجتماعی سلامت»[۸] منشور ریو با موضوع تعیین کننده های اجتماعی سلامت[۹]	**سازمان سلامت جهان** و دفاتر منطقه ای آن میتوانند در قالب یک ابتکار عمل ترکیبی از این دو موضوع را مطرح نموده، منابع لازم را برای گسترش آن تأمین کنند. تدوین یک سند مشترک با موضوع مراقبت های بهداشتی اولیه و تعیین کننده های اجتماعی سلامت میتواند برای ایجاد جنبش های اجتماعی با هدف عدالت در سلامت مفید باشد.
توصیه های محوری	اصل هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی ـ اجتماعی مشارکت مردم واتکاء به خود عدالت رهبری بین بخشی	تمرکز اصلی بر عدالت در سلامت نقش مهم بخش سلامت به عنوان مجری ارتقاء سلامت و پیشگیری اهمیت همکاری بین بخشی و در نظر گرفتن سلامت در تمامی سیاست ها تأکید بر نقش جوامع توامند و نیز نقش ساختار اجتماعی	ادغام توصیه های محوری بین مراقبت های بهداشتی اولیه و تعیین کننده های اجتماعی سلامت و نشان دادن شواهد و مثالهایی از مداخلات و اقدامات تعاملی بویژه در سطح مناطق شهرداری، ملی و بین المللی
اصول و ارزش ها	تعریف سلامت به عنوان مفهومی فراتر از نبود بیماری [۶] مجموعه گسترده ای از پیش نیازها از جمله تعیین کننده های اجتماعی سلامت. تمرکزاولیه بر مشارکت و توانمند سازی مردم از طریق درگیر کردن مردم در ساختن عواملی که بر سلامت آنها اثرگذار است؛ از طریق برنامه ریزی مشارکتی، همکاری بین بخشی، جنبش های اجتماعی و سازمان های مردم نهاد با هدف تأثیر بر حکومت ها و دولت ها به منظور ایجاد تغییر در سیاست ها و ساختارهای سیاسی اجتماعی.	عدالت اجتماعی: اطمینان از آنچه برای سلامت و بهزیستی لازم است. مشارکت مشارکت معنی‌دار و عادلانه در تصمیم گیری ها و سیاستگزاری ها توانمند سازی: فرآیندی که طی آن مردم با هدف دستیابی به اثرگذاری بیشتر وبهزیستی از طریق مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت در جامعه توانمند میشوند.	درک شفاف تر در بارۀ چگونگی پیشبرد عدالت اجتماعی از طریق چارچوب های اقتصادسیاسی. حمایت طلبی در راستای سلامت برای همه به عنوان یک حق انسانی. شناسایی فرهنگ های بومی و سنتی مبتنی بر حقوق بشر حرکت به سوی تدوین و تصویب قوانین و مقررات لازم برای حصول اطمینان از عدالت محور بودن تصمیمات و برنامه ها برای همۀ گروه های اجتماعی با هدف رفع تبعیض.
نقطۀ ورود برای مداخله	فردی خانوادگی جامعه سازمان هاو محل های کار مراکز ارائه خدمات سلامت مدارس، شهرداری ها اجتماعات انسانی برنامه های کلان توسعه	تمامی سطوح جامعه در طول زندگی تمرکز بر گروه های اجتماعی آسیب پذیر برنامه های توسعه اقتصادی و اجتماعی	مداخلات جامع در تمامی سطوح با هدف کاهش مواجهۀ نابرابر با مخاطرات و رفع نابرابری های اجتماعی بویژه در گروه های اجتماعی آسیب پذیر تلاش بخش های مختلف جامعه، سازمان ها و سطوح مختلف دولت و حاکمیت در راستای سلامت و عدالت در سلامت. تمرکز بر محیط های سلام و تغییرات آب و هوایی در سطوح مختلف همکاری با جنبش های اجتماعی با هدف حمایت طلبی برای ایجاد تغییر در سیاست ها در درون بخش ها و بین بخش ها
راهبردها	ساختن سیاست های سلامت عمومی، همکاری بین بخشی، سلامت در همه سیاست ها ایجاد محیط حمایت گر از طریق تغییر در هنجارهای اجتماعی تقویت اقدامات و مشارکت های اجتماعی در بین تصمیم گیران بهبود مهارتهای فردی و ظرفیت سازی بازنگری نظام مراقبت های بهداشتی اولیه با رویکرد تعیین کننده های اجتماعی سلامت	سلامت در همه سیاست ها سازوکارهای محافظت های اجتماعی در تمام دوره های زندگی شامل سیاست ها و برنامه ها، که باعث بهبود شرایط زندگی، کاهش تبعیض، امنیت اقتصادی، عوامل مخاطره آمیز و شرایط بد زندگی میشود سیاست های باز توزیع ثروت مانند اطمینان از منابع مالی کافی برای کودکان و خانواده های آنان دسترسی همگانی به آموزش بهبود بهداشت حرفه ای و شغلی ارتقاء و تقویت دسترسی همگانی به سلامت و خدمات اجتماعی ساخت،تقویت و تداوم ظرفیت های سلامت عمومی شامل ظرفیت های بین بخشی، و تعیین کننده های اجتماعی سلامت	
وضعیت شواهد	برخی از شواهد به نفع تأثیر تغییر در سیاست شامل: تغییر در رفتارهای شخصی به استراتژی های دیگری چون سیاست و مشارکت های جامعه محور نیازمند است. شواهد قویتری از تأثیر مداخلات جامعه محور و همکاری های چند مرکزی و سطوح چندگانه مورد نیاز است.	شواهد قوی مبنی بر ارتباط بین بی عدالتی و تعیین کننده های اجتماعی سلامت وجود دارد(شامل وضعیت اقتصادی و اجتماعی، کلاس اجتماعی، جنسیت،نژاد/قومیت، آموزش، اشتغال و درآمد) شواهد ی به نفع چگونگی تأثیر تعیین کننده های اجتماعی سلامت بر عدالت در سلامت وجود دارد.	
چالش ها	هواداران مراقبت های بهداشتی اولیه در دام این نگرانی اند که با در نظر گرفتن تعیین کننده های اجتماعی سلامت دامنه مسئولیت های نظام سلامت آن قدر گسترش یابد که آن را از وظایف اولیه و اصلی خود بازدارد	بی اعتمادی طرفداران تعیین کننده های اجتماعی سلامت به عزم طرفداران مراقبت های بهداشتی اولیه برای محدود نماندن به حوزه سلامت و تردید ایشان در توان مجریان مراقبت های بهداشتی اولیه جهت اقدام در سطحی کلان	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

جدول ۲: مقایسه تطبیقی کشورها بر اساس زیر معیار های معیار «الف»

ماتریس پژوهش تطبیقی		کشورهای مورد مقایسه											
معیارالف	زیر معیارها	نروژ	انگلستان	سوئد	استرالیا	کانادا	شیلی	کوبا	سریلانکا	برزیل	موزامبیک	ایران
میزان نقش تعیین کننده های اجتماعی سلامت در سیاستگذاری ها	وجود سیاست جامع در جهت مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت و رفع بی عدالتی در سلامت	C	C	C	C	C	C	C	R	R	R	R
	آگاهی از وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت و بی عدالتی در سلامت	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	R
	ارزیابی پیامد ها برای اندازه گیری تأثیر سیاست ها بر بی عدالتی در سلامت	C	C	C	C	C	C	C	R	R	R	R
	قرار دادن اهداف عدالت در سلامت در برنامه های اجتماعی و اقتصادی	C	C	C	C	C	C	C	R	C	R	R
	نتیجه کلی	C	C	C	C	C	C	R	R	R	R	R

C کامل R ناکامل

جدول ۳: مقایسه تطبیقی کشورها بر اساس زیر معیار های معیار دوم «ب»

ماتریس پژوهش تطبیقی		کشورهای مورد مقایسه										
معیار ب	زیر معیارها	نروژ	انگلستان	سوئد	استرالیا	کانادا	شیلی	کوبا	سریلانکا	برزیل	موزامبیک	ایران
نوع ارتباط تعیین کننده های اجتماعی مؤثر بر سلامت در نظام سلامت	اولویت تعیین کننده های اجتماعی سلامت در برنامه های ملی	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	Pr
	وجود برنامه راهبردی یا برنامه عملیاتی تعیین کننده های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت در سطح ملی	S	S	S	S	S	S	A	A	A	A	A
	نتیجه کلی	C	C	C	C	C	C	R	R	R	R	R+

C

P اولویت کامل تعیین کننده های اجتماعی سلامت در برنامه های ملی

Pr اولویت نسبی تعیین کننده های اجتماعی سلامت در برنامه های ملی

S وجود برنامه راهبردی (استراتژیک)

A وجود برنامه عملیاتی

جدول ۴: مقایسه تطبیقی کشورها بر اساس زیر معیار های معیار «ج»

ماتریس پژوهش تطبیقی		کشورهای مورد مقایسه										
معیار ج	زیر معیار ها	نروژ	انگلستان	سوئد	استرالیا	کانادا	شیلی	کوبا	سریلانکا	برزیل	موزامبیک	ایران
نحوه سیاستگذاری همکاری های بین بخشی	وجود سیاست مشخص و تدوین شده برای همکاری های بین بخشی	●	O	●	●	●	O	O	O	O	O	O
	وجود ساختارهای لازم برای حمایت از سیاست همکاری های بین بخشی	++	++	++	++	++	++	++	+	++	+	+
	نتیجه کلی	G	R	G	G	G	R	R	R	R	R	R

● وجود سیاست مدون O وجود سیاست غیر مدون ++وجود ساختارهای حمایتی مؤثر + وجود ساختارهای حمایتی نسبتاً مؤثر G مطلوب R نسبتاً مطلوب

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

جدول ۵: مقایسه تطبیقی کشورها بر اساس زیر معیار های معیار «د» (از نظر نوع ادغام)

ماتریس پژوهش تطبیقی		کشورهای مورد مقایسه										
معیار د	زیر معیارها	نوع ادغام	نروژ	انگلستان	سوئد	استرالیا	کانادا	شیلی	کوبا	سریلانکا	برزیل	موزامبیک	ایران
ارتباط بین تعیین کننده های اجتماعی سلامت با نظام مراقبت های بهداشتی اولیه	ادغام (یکپارچگی) تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه	سیستمی	*	-	*	*	*	-	*	-	-	*	-
		افقی	-	∞	-	∞	∞	∞	-	∞	-	∞	∞
		عمودی	●	●	●	-	●	-	●	●	●	●	●
		هنجاری	□	□	□	□	□	□	□	-	-	-	-
		کارکردی	O	O	O	O	O	O	O	-	-	-	-

* ادغام(یکپارچگی) سیستمی = ترکیبی از ساختار، فرآیند و فن برای انطباق با نیازهای مردم و جمعیت در زنجیره خدمات سلامت

∞ ادغام (یکپارچگی) افقی = ادغام سازمان های مشابه

● ادغام عمودی= ادغام سازمان های غیر مشابه

□ ادغام هنجاری= اطمینان از انسجام بین ارزش های سیستم، روشهای ارائه خدمت و سیستم ارائه خدمات بالینی

O ادغام کارکردی= یکپارچگی در سازوکارهای تأمین اعتبار، اطلاعات، روش های مدیریتی که به ارزش های سازمان و سیستم پیوند خورده اند.

جدول ۶: مقایسه تطبیقی کشورها بر اساس زیر معیار های معیار «د»(از نظرسطح ادغام)

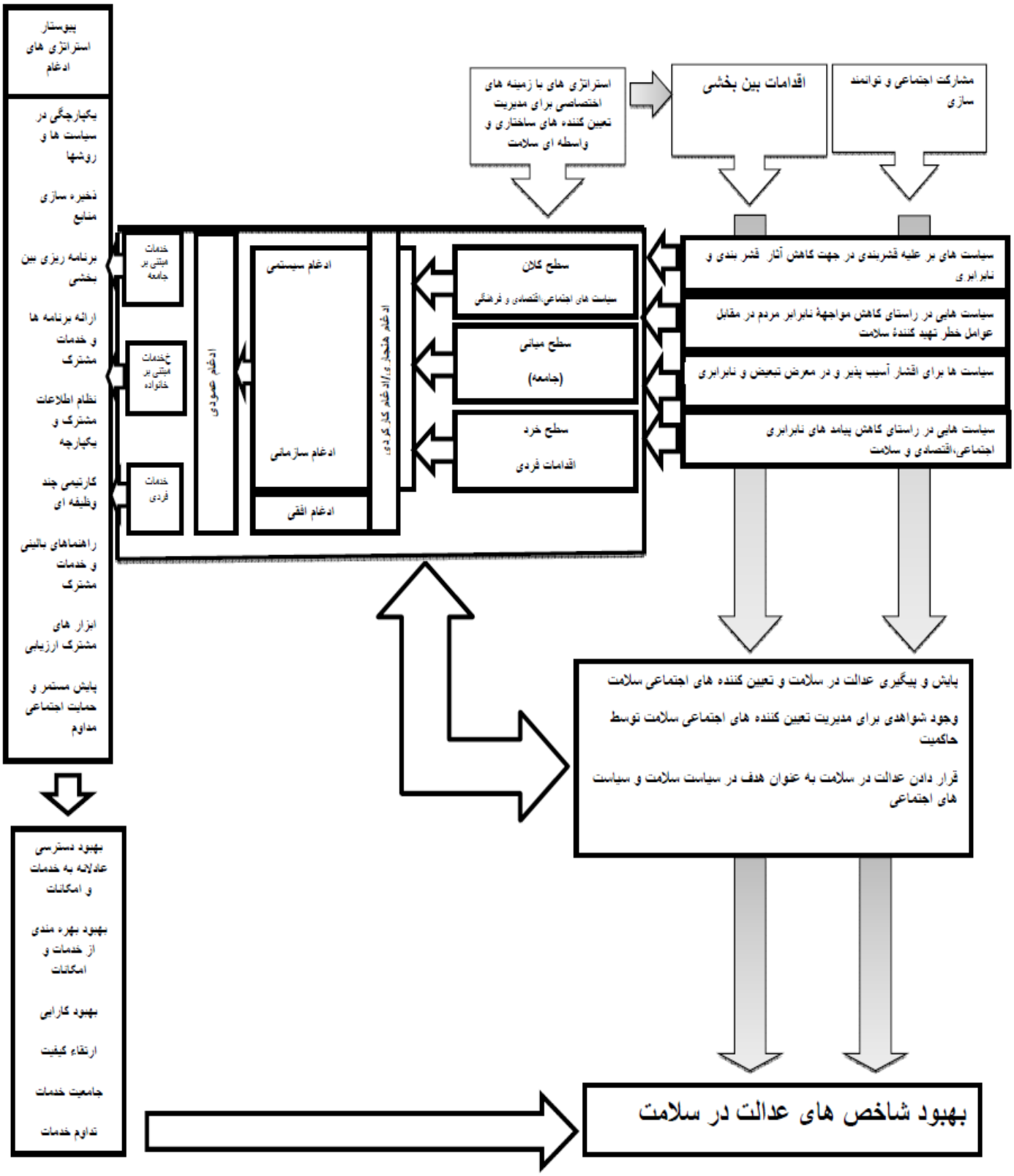
ماتریس پژوهش تطبیقی		کشورهای مورد مقایسه										
معیار د	زیر معیارها	سطح ادغام	نروژ	انگلستان	سوئد	استرالیا	کانادا	شیلی	کوبا	سریلانکا	برزیل	موزامبیک	ایران
ارتباط بین تعیین کننده های اجتماعی سلامت با نظام مراقبت های بهداشتی اولیه	ادغام(یکپارچگی) تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه	سطح کلان (ماکرو)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	-
		سطح میانی (مزو)	*	*	*	*	*	*	-	-	-	-	-
		سطح خرد (میکرو)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	-	-

* وجود - عدم وجود

جدول ۷: الگوی پیاده سازی ادغام حیطه های تعیین کننده اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

سطح ادغام	سیاست	استراتژی	اقدام	پیوستار ادغام	نوع ادغام	محوریت خدمات	مسئول اجراء
ملی(ماکرو)	توسعه سیاست های سلامت عمومی	رهبری بین بخشی و حمایت طلبی	تصویب سیاست ها و تعیین تکلیف برای سایر وزارت خانه ها	ارتباط (Linkage) هماهنگی (Coordination)	هنجاری /سیستمی/سازمانی/ع مودی	جامعه	شورایعالی سلامت و امنیت غذایی
استانی(مزو)	توسعه سیاست های سلامت عمومی	رهبری بین بخشی و حمایت طلبی	پیاده سازی مصوبات شورایعالی سلامت و امنیت غذایی ملی در سطح استان و ایجاد هماهنگی های لازم بین ادارات و سازمان های استانی	(Coordination) هماهنگی	هنجاری /سیستمی/سازمانی/ع مودی	جامعه	کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان
شهرستانی(مزو)	توسعه سیاست های سلامت عمومی	هماهنگی بین بخشی	پیگیری مصوبات کارگروه استان تعریف شاخص های مشترک برای ادارات	(Cooperation) همکاری	هنجاری /سیستمی/سازمانی/ع مودی	جامعه	کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان
ارائه خدمت با همکاری سایر سازمانها(میکرو)	پوشش همگانی خدمات و ارائه خدمات جامع	ارتقای کیفیت خدمات و جامعیت خدمات خانواده محور و شخص محور	ارائه خدمات مشترک	(Cooperation) همکاری و ادغام کامل	هنجاری /سازمانی/ حرفه ای/عمودی	خانواده / فرد	مراکز ارائه خدمات در سازمان های مشابه مانند بهزیستی و کمیتهٔ امداد
ارائه خدمت در سطح مراکز بهداشتی و درمانی، پایگاه های بهداشتی و خانه های بهداشت روستایی(میکرو)	پوشش همگانی خدمات و ارائه خدمات جامع	ارتقای کیفیت خدمات و جامعیت خدمات خانواده محور و شخص محور	افزودن فرم های تعیین کننده های اجتماعی سلامت در پروندهٔ خانوار و تکمیل اطلاعات مربوط به آن.	(Integration) ادغام کامل	کارکردی/سیستمی/ سازمانی/افقی	خانواده / فرد	مراکز بهداشتی و درمانی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]



نمودار۱: الگوی نظری ادغام تعیین کننده های اجتماعی سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

بحث و نتیجه‌گیری

مرور منابع و تجربیات جهانی در این مطالعه نشان داد که یکی از اثربخش ترین اقدامات برای کاهش بی عدالتی در سلامت رجوع دوباره به نظام جامع مراقبت های بهداشتی اولیه با رویکرد تعیین کننده های اجتماعی سلامت است[۲۳، ۵]. برای تحقق این امر لازم است حیطه های تعیین کننده های اجتماعی سلامت در کشور مشخص شده و راه های مدیریت آنها تدوین گردد[۲۳، ۲۴].

تجربه کشورهای مورد مطالعه نشان داد که برای مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت موضوع توانمند سازی مردم، هماهنگی بین بخشی و راهبردهای سلامت در همه سیاست ها و شاخص های عدالت در سلامت به نحوی در بالاترین ارکان حاکمیت قرار بگیرد که بتوان سیاست هایی را در راستای کاهش قشربندی و نابرابری های اجتماعی، کاهش عوامل خطر تهدید کنندهٔ سلامت و نابرابری های اجتماعی، اقتصادی و سلامت در صدر برنامه های ملی قرار داده و آنها را پیاده سازی نمود[۲۷، ۲۶]. نظام مراقبت های بهداشتی اولیه و سیستم شبکه های بهداشت و درمان بستر مناسبی برای این امر هستند[۲۸]. تعدادی از این تعیین کننده های اجتماعی مانند مرگ و میر کودکان و مادران از قبل در نظام سلامت ایران وجود داشته و ادغام کامل آنها در این نظام امکان پذیر است. تعدادی از آنها مانند موضوع مسکن، اشتغال، امنیت غذایی و حمایت اجتماعی نیازمند اعمال راهبرد سلامت در همه سیاست ها و سطوحی متفاوت از پیوستار ادغام که بایستی از طریق ساز و کارهای هماهنگی های بین بخشی مانند شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در سطح کشور و کارگروه های متناظر در سطح استان ها و شهرستان ها پیگیری شوند. این کارگروه ها با ایجاد کمیته های تخصصی می توانند با ایجاد هماهنگی بین سازمان های دولتی و غیردولتی و نهادهای مردمی به شکل منسجمی تعیین کننده های اجتماعی را در راستای سلامت مردم بهبود بخشیده، با رصد کردن شاخص های عدالت در سلامت وضعیت تعیین کننده های اجتماعی سلامت را پایش کنند. برای مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت، با وضعیت های زیر مواجه هستیم: دسته ای از تعیین کننده های اجتماعی سلامت کاملاً در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه قابل ادغام است مثل تکامل دوران ابتدای کودکی و سلامت روان و ارائه خدمات سلامت. در این دسته ارجاع به سطح دوم و سوم نیز به سادگی امکان پذیر است. دسته ای از تعیین کننده های اجتماعی سلامت مانند محیط زیست سالم با هماهنگی بین بخشی و ادغام از نوع هماهنگی امکان پذیر است. دسته ای از تعیین کننده های اجتماعی سلامت با هماهنگی بین بخشی و ادغام از نوع همکاری قابل ادغام است .مثل تغذیه، گروه های ویژه (زنان سرپرست خانوار، معلولین). در این نوع ادغام بخشی از فرآیند در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه صورت گرفته، و بخشی از آن در قالب ارجاع اجتماعی به سازمانهای مسئول انجام خواهد شد.

دسته ای از تعیین کننده های اجتماعی سلامت با هماهنگی بین بخشی و ادغام از نوع ارتباط قابل ادغام است مانند مسکن مناسب، درآمد سرانه و فقر. اطلاعات مربوط به این موارد در پروندهٔ خانوار ثبت شده و از طریق ارجاع اجتماعی به سازمان های ذیربط ارجاع میشود.

سهم نویسندگان

شریف ترکمن نژاد: طراحی و اجرای پروژه و نگارش مقاله

امیراشکان نصیری پور: همکاری در طراحی و اجرای پروژه، راهنما و ناظر پروژه و ویرایش مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهشگران وظیفه خود می دانند که از زحمات و همکاری صمیمانه کارشناسان و اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تقدیر و تشکر نمایند. این مقاله منتج از رساله مقطع دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی مربوط به آقای دکتر شریف ترکمن نژاد می باشد.

منابع

1. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health care: from ethics to action. 1 Edition, New York Oxford University Press: USA, 2001

2. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010. Available at : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf. Accessed Decamber 25, 2014

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

3. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. Journal Epidemiol Community Health 2003;57:254-8
4. Irwin A, Scali E. Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. Geneva: World Health Organization; 2010. Available at : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44488/1/9789241500876_eng.pdf. Accessed Decamber 25, 2014.
5. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, Etienne C, Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. Journal Epidemiol Community Health 2011;65:656-60
6. World Health Organization. Declaration of Alma Ata Geneva: 1978. Available at: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Accessed Decamber 25, 2014.
7. World Health Organization. The world health report 2008: Primary Health Care (Now More Than Ever). Geneva: 2009. Available at: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Accessed Decamber 25, 2014.
8. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf. Accessed Decamber 20, 2014.
9. World Conference on Social Determinants of Health. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro: 2011. Available at : http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf. Accessed Decamber 20, 2014
10. Alkire S, Foster J. Designing the Inequality-Adjusted Human Development Index. 2010. Available at : http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdrp_2010_28.pdf. Accessed Decamber 20, 2014
11. Klugman J. Human development report 2010: the real wealth of nations: pathways to human development. Palgrave Macmillan, 2010. Available at http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/270/hdr_2010_en_complete_reprint.pdf. Accessed Decamber 20, 2014
12. Undie C, Johannes J, Kimani E. Human Development Report 2009. Overcoming Barriers: Human Mobility and Development. New York: 2009. Available at: http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/269/hdr_2009_en_complete.pdf. Accessed Decamber 20, 2014.
13. Watkins K. Human development report 2005, International cooperation at a crossroads: aid, trade and security in an unequal world. New York: 2005. Available at: http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/266/hdr05_complete.pdf. Accessed Decamber 20, 2014.
14. Jurberg C. Flawed but fair: Brazil's health system reaches out to the poor. Bull World Health Organ. 2008;86:248-9
15. Helmke I. A decade towards better health in Chile. Bull World Health Organ. 2011;89:710-1
16. The Australian Government Department of Health and Ageing. Primary Health Care Reform in Australia - Report to Support Australia's First National Primary Health Care Strategy. 2009. Available at : http://apo.org.au/files/Resource/nphc-supp.pdf. Accessed Decamber 20, 2014
17. Guri R. Primary Care in Norway: European forum for primary care; 2014. Available at: http://apo.org.au/files/Resource/nphc-supp.pdf. Accessed July 21, 2014.
18. Reed G. Cuba's primary health care revolution: 30 years on .Bull World Health Organ. 2008;86:327-9
19. Roland M, Guthrie B, Thome DC. Primary medical care in the United kingdom. J Am Board Fam Med. 2012;25 Suppl 1:S6-11
20. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. Milbank Q. 2011;89:256-88
21. Brogren PO, Saltman RB. Building primary health care systems: a case study from Sweden. Health Policy 1985;5:313-29
22. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care 2013;13:e010
23. Bhatia M, Rifkin S. A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe? Global Health. 2010;6:13
24. Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST, Smye VL, Lavoie J, Littlejohn D, et al. Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. Int J Equity Health 2012;11:59
25. World Health Organization. The Sixty-second World Health Assembly: Reducing health inequities

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

through action on the social determinants of health. 2009. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf. Accessed Jun 1, 2014

26. Blas E, Sommerfeld J, Kurup A. Social Determinants Approaches to Public Health: from Concept to Practice. Geneva: 2011. Available at : http://www.who.int/social_determinants/tools/SD_Publichealth_eng.pdf. Accessed July 1, 2014.

27. Bull J, Hamer L. Closing the Gap: Setting local targets to reduce health inequalities. Health Development Agency London, 2001. Available at : https://www.nice.org.uk/proxy/?sourceUrl=http%3A%2F%2Fwww.nice.org.uk%2Fnicemedia%2Fdocuments%2Fclosing_the_gap.pdf. Accessed July 1, 2014

28. Jackson SF, Birn AE, Fawcett SB, Poland B, Schultz JA. Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. Rev Panam Salud Publica 2013;34:473-80

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

ABSTRACT

A new model for integrating social determinants of health into primary health care in Iran

Sharif Torkaman Nejad [1], Amir Ashkan Nasiri Pour[1*]

1. Azad Islamic University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

Payesh 2016; 5: 481-494
Accepted for publication: 1 December 2015
[EPub a head of print-7 August 2016]

Objective (s): Health inequality and inequity had been assessed in many studies within and between countries. Reducing this inequity can be achieved through the adjustment of social determinants of health and primary healthcare. These two paradigms, social determinants of health and primary healthcare, are the main concerns of policy making in health care system.
The aim of this study was to design a model for integrating social determinant of health into primary healthcare system. The implementation of this model can help to reduce health inequalities and promote health equity.
Methods: This study was conducted in two phases. First, the integration models were compared between selected countries. Then, based on the results obtained and the capabilities of Iranian primary healthcare system, we designed and proposed an integration model of social determinants of health in primary healthcare system for Islamic Republic of Iran.
Results: Successful integration of social determinants of health in the health system requires policymaking and an appropriate mechanism that include policies, a comprehensive healthcare system, welfare system and the evaluation strategies and indicators.
Conclusion: We proposed a model of integration of social determinants of health compatible with the Iran's primary healthcare system. This model contains three levels, national, meso, and micro level. Implementing this model is more likely to improve the health equity indicators.

Key Words: Social determinants of health, Primary healthcare, Comprehensive primary healthcare system, integrated services

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.1.9]

[*] Corresponding author: Azad Islamic University, Science and Research Branch, Tehran, Iran
Tel:66705039
E-mail: nasiripour@srbiau.ac.ir